

Alla Regione Toscana  
Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale  
Settore Politiche del Farmaco, Innovazione e Appropriatezza  
Via Taddeo Alderotti, 26/N  
50139 FIRENZE

RACCOMANDATA A.R.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ titolare della farmacia  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
codice regionale n. \_\_\_\_\_ P.Iva \_\_\_\_\_ ubicata in  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Comune  
\_\_\_\_\_ fraz. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
tel. n. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di usufruire per l'anno **2011** della quota di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 512 del  
20/06/2011 "Approvazione per l'anno 2011 dei requisiti, criteri e modalità per l'ottenimento del  
contributo previsto a favore delle farmacie disagiate ubicate nella Regione Toscana".

Si allega la dichiarazione sostitutiva richiesta.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del DLgs.30 giugno 2003, n. 196 dichiaro di essere informato che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che al riguardo mi competono tutti i diritti previsti dall'art. 7 del medesimo D.Lgs. Titolare del trattamento: Regione Toscana – Giunta Regionale; responsabile del trattamento: il dirigente del Settore Farmaceutica – Direzione Generale del Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà.

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ Firma

**Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/00, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto oppure sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del richiedente.**